

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N° 552

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PINEAU Roger

Né le 13 Janvier 1912, au Mans

**Les ruptures utérines
à la Maternité de Lariboisière
dans les dix dernières années
(Janvier 1929 à Janvier 1939)**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1939

256

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PINEAU Roger

Né le 13 Janvier 1912, au Mans

Les ruptures utérines à la Maternité de Lariboisière dans les dix dernières années (Janvier 1929 à Janvier 1939)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale.	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
	CHEVASSU.
	LÉVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	MOCQUOT.
	OMBRÉDANNE.
	RATHERY.
	LEMAÎTRE.
	Pierre DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto - rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT. . . .		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.			
SÉZARY.			

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MA GRAND'MÈRE MATERNELLE.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR.

A TOUTE MA FAMILLE.

A MES CAMARADES ET AMIS.

A MES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES.

A Monsieur le Docteur GALLOUÈDEC.
Directeur du Sanatorium de Parigné-l'Évêque.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Hommages respectueux.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,
Monsieur le Professeur COUVELAIRE,
Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A NOTRE MAITRE
Monsieur le Docteur E. DEVRAIGNE,
Accoucheur à Lariboisière,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse.*

*Qu'il nous soit permis de lui
exprimer nos sentiments de respec-
tueuse gratitude.*

INTRODUCTION

Parmi tous les accidents susceptibles de venir compliquer la grossesse ou l'accouchement, la rupture utérine est un des plus redoutables.

Heureusement, cet accident est assez rare. Des recherches faites récemment à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière nous permirent de relever seulement 17 cas en 10 ans (janvier 1929 à janvier 1939) sur 26.740 femmes soignées dans ce service. Ces chiffres concordent avec ceux publiés dans les statistiques récentes qui donnent 1,6 à 2 ruptures pour 3.000 accouchements. Heureusement rare, disions-nous, car, en effet, le pronostic est des plus sombres.

Le fœtus succombe presque toujours. Pour la mère, suivant l'étendue des lésions, la gravité de l'hémorragie ou du shock, et surtout la précocité du diagnostic et du traitement, la mort peut survenir dans les deux heures (5 à 6 %), de la deuxième à la douzième heure

(17 %), de la douzième à la vingt-quatrième heure (17 %) (Ecalte). Ensuite, la mort peut survenir par infection, soit précoce, infection amniotique, soit tardive, infection puerpérale, la forme la plus fréquente étant en pareil cas la péritonite. C'est en tout la proportion effrayante de 60 à 80 % de décès qu'il faut enregistrer.

Nous avons parlé de précocité du traitement, facteur important d'un pronostic moins sombre. Cette précocité de l'intervention était déjà envisagée par Levret, l'un des maîtres français de l'accouchement, lorsque, vers le milieu du XVIII^e siècle il écrivait :

« Lorsque la matrice se trouve déchirée, la mère et l'enfant sont perdus sans ressource. Il n'y aurait d'autre secours à tenter, pour sauver l'un et l'autre, que la section de l'abdomen pratiquée sur le champ. Mais quel serait l'accoucheur assez décidé pour se déterminer assez promptement à cette opération. Et quels parents auraient assez de fermeté pour permettre qu'on y procédât sans délai. »

Levret voyait donc le seul moyen de sauver la mère et peut-être l'enfant : la laparatomie immédiate. Mais doutant de la décision des accoucheurs de son temps, et envisageant l'appréhension des gestantes et des familles pour une telle intervention, il jugeait cette dernière irréalisable.

Comme Levret, de nombreux accoucheurs de cette époque, pour les mêmes raisons sans doute, se can-

tonnaient dans l'expectation, et même dans l'inaction. Un accoucheur anglais, Denmann, n'écrivait-il pas :

« La malade a plus de chance de guérir, en l'abandonnant aux seuls efforts de la nature que par une opération ou une intervention. »

Certes, la nature peut réserver d'agréables surprises aux malades et au médecin. Deux observations, que nous citerons comme curiosités tendent à donner raison aux dires de Denmann. La première est l'observation classique de Rose, contrôlée par P. Mundi :

C'est celle d'une femme de 32 ans. Lors de quatre grossesses consécutives, elle fait quatre ruptures spontanées pendant le travail. Chaque fois, le fœtus est dans l'abdomen. Chaque fois, on l'extrait par les voies naturelles. La quatrième fois, on put même l'avoir vivant. Dans tous les cas, guérison sans complications.

Le deuxième cas est celui cité par Rohmer à la Société de Gynécologie de Strasbourg :

La femme d'un pauvre bûcheron, à l'âge de 35 ans, dans une chaumière du fond d'une vallée des Vosges, était à son 13^e accouchement. C'était le soir d'une fête. Pendant toute la journée, la sage-femme avait en vain essayée de trouver un médecin pour terminer un travail qui durait depuis la veille et qui n'avancait pas.

Il fallut aller chercher, par les voies naturelles, l'enfant et le placenta qui nageaient au milieu des anses intestinales, et se borner à introduire un long drain dans la cavité péritonéale. M. Rohmer, ayant constaté

que les règles les plus élémentaires de l'asepsie n'avaient pas été observées au cours de nombreux examens que la sage-femme avait pratiqués pendant toute la durée du travail ne se faisait aucune illusion sur l'évolution ultérieure du cas. Contrairement à ses craintes, la femme n'eut pas la moindre élévation de température; elle se leva au bout de huit jours pour reprendre ses travaux habituels, et accoucha, onze mois plus tard, normalement d'un quatorzième enfant.

Voilà donc deux cas vraiment extraordinaires, et exceptionnels, que nous n'avons nullement l'intention de proposer comme susceptibles de nous faire adopter une telle ligne de conduite : l'inaction.

Au contraire, en matière d'accouchements dystociques et d'accidents graves de la gestation et de la parturition, il faut moins compter sur une bonne surprise due aux « seuls efforts de la nature » que sur une catastrophe provoquée par une inaction coupable.

Et l'opinion de Levret reste de plus en plus celle de tous les obstétriciens modernes, bénéficiaires des progrès de la technique chirurgicale : intervention immédiate en cas de rupture utérine, ou dénouement fatal pour l'enfant et pour la mère.

Mais, est-ce là la seule chose à tenter? Evidemment non. Il convient d'envisager la prophylaxie de cette grave complication. Tout d'abord, surveillance pendant la gestation, ceci grâce aux consultations prénatales. Ensuite, il conviendra de suivre attentivement le travail chez les femmes dont l'examen aura révélé

des causes possibles de rupture utérine, afin d'éviter dans la mesure du possible sa réalisation.

Après l'étude des symptômes et de l'étiologie des ruptures utérines, nous envisagerons leur traitement en ayant surtout en vue le traitement prophylactique.

SYMPTOMES

Avant d'aborder l'étude des symptômes des ruptures utérines, nous donnerons d'abord une rapide classification, suivant plusieurs éléments. Suivant le moment de la rupture, nous aurons :

1° Les ruptures de la grossesse.

2° Les ruptures du travail; les plus fréquentes, puisque pour 10 ruptures du travail, on enregistre seulement 1 rupture pendant la grossesse.

Suivant le mode d'apparition, il conviendra de distinguer :

1° Les ruptures spontanées.

2° Les ruptures accidentelles ou provoquées.

Suivant le point de départ anatomique, nous distinguerons les ruptures qui prennent naissance :

1° Au niveau du corps.

2° Au niveau du segment inférieur.

3° Au niveau du col.

Au point de vue anatomo-pathologique, on distingue :

1° Les ruptures incomplètes, que l'on peut trouver sous forme de :

a) Ruptures sous-péritonéales, siégeant habituelle-

ment au niveau du segment inférieur, donc au-dessous de la limite de solide attache du péritoïne, généralement sur le bord gauche. La séreuse reste intacte.

b) Ruptures extra-muqueuses, siégeant au niveau du corps, celui-ci ne s'étant déchiré que dans sa couche superficielle. Variété rare, cliniquement négligeable.

2° Les ruptures complètes, dans lesquelles les trois tuniques de l'utérus (muqueuse, musculuse, et séreuse) sont déchirées. Le péritoïne communique alors avec la cavité utérine. L'hémorragie se répand alors librement dans la cavité péritonéale. On les appelle aussi ruptures intra-péritonéales.

3° Les ruptures compliquées, dans lesquelles on pourra trouver des déchirures du vagin ou de la vessie, ou une hernie de l'intestin à travers la plaie utérine, etc...

Pour étudier les symptômes, nous prendrons comme type une rupture du travail complète et spontanée. C'est la variété où le tableau clinique est le plus net.

Prodromes. — Un certain nombre de *signes précurseurs* doivent mettre le clinicien en garde contre le danger de rupture qui se prépare.

Douleur. — On a affaire à une femme ayant un bassin rétréci sans présentation engagée, surtout chez une primipare; ou bien, il s'agit d'une présentation de l'épaule, tendant à descendre dans l'excavation. Le travail dure depuis longtemps. La poche des eaux est rompue depuis les premières douleurs. Les contractions, au lieu d'être nettes et séparées par des temps de repos ont tendance à devenir *subintrantes* et très pénibles. L'utérus se rétracte sur le fœtus. S'il s'agit

d'une présentation céphalique, on la sent au palper très superficielle au-dessus de la symphyse où va bientôt apparaître de l'œdème (Pinard).

Inspection. — Le segment inférieur est surdistendu, aminci, séparé du corps qui est dur, globuleux, bien rétracté, par un anneau d'étranglement dit de rétraction ou de contracture siégeant près de l'ombilic. Cet anneau est dû à l'ascension de l'anneau de Bandl. L'utérus prend alors une forme caractéristique : il a l'aspect d'un *sablier*. Parfois, on note seulement une dépression latérale en coup de hache avec une forte inclinaison latérale du corps utérin.

Palper. — Très douloureuse, la palpation, outre cet anneau de rétraction, permet de constater la tension des ligaments ronds, sentis par la main comme de véritables cordes de contrebasse.

C'est à l'ensemble utérus en sablier, anneau remonant vers l'ombilic, et cordes des ligaments ronds que l'on donne le nom de signe de Bandl-Frommel, annonciateur de la rupture.

Toucher. — Le toucher montre un col incomplètement dilaté. La bosse séro-sanguine, très volumineuse, n'appuie pas sur le périnée et cependant la femme a envie de pousser.

Période d'état.

Douleur. — Soudain, la femme ressent une douleur violente dans l'abdomen, beaucoup plus forte que toutes les autres (*Obs.* 17). Parfois elle a une sensation de déchirement intérieur; elle a même dans certains

cas une sensation auditive de craquements, et l'impression qu'un liquide chaud se répand dans son abdomen.

Il peut survenir une syncope. Sinon, aux cris désordonnés, à l'agitation furieuse fait place une accalmie complète. Celle-ci ne doit pas tromper le praticien, la rupture vient de se faire.

Symptômes généraux. — « Ces symptômes sont les premiers qui appellent l'attention de l'accoucheur lorsqu'il examine une femme atteinte de rupture utérine » (Ribemont-Dessaignes-Lepage).

En effet, l'aspect de la femme est typique. Le faciès est profondément altéré. Le visage est pâle, grippé, le nez est pincé, les yeux excavés, les lèvres cyanosées. Les traits sont tirés, et expriment l'angoisse. On note une diminution dans l'amplitude du pouls, sa fréquence augmente dans des proportions considérables. Les extrémités sont froides, puis bientôt le corps se couvre de sueur froide.

C'est le grand tableau du shock, si le fœtus est passé dans la cavité abdominale, avec ou sans son placenta, si l'hémorragie interne est sérieuse.

Du côté des voies génitales, on note une hémorragie de sang poisseux, de couleur noir-violacé, signe pathognomonique pour Tarnier. Cette hémorragie externe est rarement abondante. On peut constater du hoquet, des nausées, et même des vomissements verdâtres qui viennent assombrir le tableau.

Palper. — Très douloureux, surtout au niveau de la rupture, le palper montre les changements survenus. Si le fœtus a quitté la cavité utérine, il semble super-

ficiel, plus long que d'ordinaire. Le pôle senti tout à l'heure au détroit supérieur n'y est plus. A côté du fœtus, on sent une tumeur dure, douloureuse, régulière : c'est le corps utérin.

Si le fœtus est resté en partie ou en totalité dans l'utérus, ce tableau est beaucoup moins net et moins complet.

Parfois, on sent au-dessus de la symphyse une crépitation due à l'emphysème, parfois une masse résistante pouvant faire croire à une vessie pleine ; en réalité, il s'agit d'un hématome. Les fosses iliaques mates à la percussion traduisent l'épanchement interne (*Obs. 17*).

Auscultation. — Celle-ci nous révèle l'absence des bruits du cœur fœtal. D'ailleurs, la femme ne sent plus remuer depuis un certain temps.

Toucher. — On peut sentir la tête au bout du doigt. Mais en général, on n'atteint plus la présentation, signe pathognomonique d'une rupture complète. Un toucher profond, surtout sous anesthésie, peut faire tomber sur la déchirure, dont on appréciera la forme et l'étendue, et donner la sensation d'atteindre un voile derrière lequel on devine les anses intestinales.

En cas de rupture incomplète ou sous-péritonéale, les prodromes sont les mêmes que lorsqu'il s'agit d'une rupture complète. La grande différence réside dans ce fait que le fœtus étant resté dans les voies génitales, l'accouchement peut se faire par les voies naturelles, artificiellement, ou même spontanément. Ce n'est qu'après la naissance qu'un toucher prudent permet de reconnaître la rupture; la cavité péritonéale ne

communique pas avec la cavité utérine. Les phénomènes généraux sont moins marqués que dans la rupture complète.

Très différent est le tableau clinique lorsqu'il s'agit d'une rupture insidieuse, survenant en dehors du travail.

Souvent, la femme est prise d'une douleur dans l'abdomen, sans localisation précise (*Obs. 5*). On peut croire à une simple indigestion, à une colique hépatique, à un malaise passager qui arrête la femme dans son travail et la force à se coucher. Certaines femmes, même après un peu de repos, reprennent leurs occupations habituelles.

Donc, absence des symptômes dramatiques qui constituent les prodromes des ruptures aiguës du travail.

Si la femme consulte, l'examen peut ne rien révéler d'anormal. L'abdomen se laisse bien palper. Si le fœtus est resté dans l'abdomen, celui-ci paraît normal (*Obs. 5*). S'il est sorti de l'utérus, celui-ci rétracté, dur, à côté du fœtus, peut faire penser à un fibrome.

Mais la femme ne sent plus remuer. L'auscultation est négative. On ne peut plus atteindre le pôle que l'on sentait tout à l'heure en haut de l'excavation : c'est là un signe capital qui doit faire penser à une rupture possible et complète.

Mais surtout, les signes généraux graves vont brusquement dominer la scène (*Obs. 5*). On pensera alors à une hémorragie interne, en l'absence d'hémorragie externe, ou à un shock.

Un pouls accéléré, une baisse de la tension (minima

surtout), un faciès grippé caractéristique guideront le praticien vers le diagnostic positif et lui feront penser à une rupture utérine.

Il est des cas, même, où un tableau symptomatique rassurant fait écarter tout diagnostic de rupture utérine, parce que *l'on n'y pense pas*, la femme n'étant pas en travail (*Obs. 5*).

« Je n'observai aucun des phénomènes dramatiques qui accompagne d'ordinaire les ruptures de l'utérus »; disait M. Potocki à la Société d'Obstétrique de Paris, en mars 1927, en rappelant un cas où le seul signe qui le frappa fut en une heure le changement de forme de l'utérus.

Notre maître, M. Devraigne, cite le cas d'une femme qui, à la suite d'une rupture utérine, garda pendant 3 jours son œuf complet dans l'abdomen, avec un utérus bien rétracté sans hémorragie, sans shock.

Donc, diagnostic très difficile en cas de rupture insidieuse, à laquelle il faudra penser lorsque l'étude approfondie des antécédents en aura fait soupçonner la possibilité.

DIAGNOSTIC

Dans les formes du travail, la symptomatologie dramatique doit permettre de faire le diagnostic facilement. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Quelles sont les affections auxquelles on pourra penser en présence d'une rupture utérine?

Certaines formes insidieuses pourront être confondues avec une grosse *apoplexie utéro-placentaire*, mais ici l'utérus reste régulier, et augmente de volume rapidement. Il s'allonge, et donne la sensation d'une dureté douloureuse.

L'étiologie est différente. C'est à la suite d'un traumatisme (choc violent, chute de la femme, etc...) que se produira cette complication. C'est d'ailleurs la cause la plus rare.

Plus fréquemment l'*apoplexie utéro-placentaire* sera causée par l'auto-intoxication gravidique, cause presque unique, et dans l'immense majorité des cas le diagnostic s'imposera grâce aux notions d'albuminurie et d'hypertension.

Plus rarement, on pourra penser à un *placenta praevia*, dont les signes d'ailleurs sont très différents, surtout en ce qui concerne les caractères de l'hémorragie. Elle se produit chez une multipare vers le sixième ou le septième mois, apparaissant souvent la nuit, sans cause accidentelle. Elle est indolore, silen-

cieuse. Elle est externe, constituée par du sang rouge, liquide, sans caillots. Elle est à répétition, et croît en fréquence et en abondance.

L'erreur peut encore être faite avec une crise d'appendicite, une occlusion intestinale, une péritonite par perforation.

D'ailleurs ces erreurs ne seront pas très graves, si l'on se décide à intervenir précocement par une laparatomie exploratrice qui lèvera les doutes.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DES RUPTURES UTÉRINES

Avant d'aborder l'étude des causes des ruptures utérines, faisons un bref exposé de la structure de l'utérus dans le dernier tiers de la gestation. Il a considérablement augmenté de volume par hypertrophie et par hyperplasie des fibres musculaires. En haut, c'est la paroi postérieure qui présente le maximum d'ampliation, d'où la situation antérieure des trompes et des ligaments ronds. En bas, c'est la paroi antérieure qui se distend le plus, d'où déviation du col en arrière. En même temps, le muscle devient plus vasculaire, et il faut noter que le tissu conjonctif inter-musculaire est plus important à la partie supérieure de l'utérus que dans les segments moyen et inférieur. Dans ces deux segments, d'après Retterer et Lelièvre, les fibres élastiques d'avant la gestation cèdent la place à des fibres contractiles. D'autre part, les fibres longitudinales et les fibres circulaires des couches interne et externe s'intriquent, s'enchevêtrent pour former une couche moyenne dite plexiforme, enserrant dans leurs anneaux les veines et les artères nombreuses à ce niveau. C'est la rétraction de ces anneaux sur les vaisseaux qui après la délivrance assurera l'hémos-

tase. D'où l'expression si imagée de « ligatures vivantes » (Pinard).

Cette couche plexiforme ne descend pas au même niveau que les couches externe et interne. Elle manque dans le tiers environ de l'utérus, c'est-à-dire, le segment inférieur.

Signalons également la disposition des artères, flexueuses (hélicines) naissant de l'artère utérine, pénétrant dans le corps pour se terminer avant d'avoir gagné la ligne médiane. Il en résulte une zone très vascularisée répondant aux bords droit et gauche de l'utérus, et une zone presque avasculaire correspondant à la partie médiane des faces. Ceci a une très grosse importance en ce qui concerne l'hémorragie, suivant le siège de la déchirure.

Causes déterminantes.

Deux facteurs vont entrer en jeu pour déterminer la rupture utérine.

1° C'est la pression excentrique exercée sur le muscle utérin par un contenu trop volumineux, le muscle utérin étant incapable de supporter cette pression pour des causes que nous étudierons plus loin.

2° La cause efficiente est réalisée par les *contractions utérines*.

En effet, l'utérus gravide, comme tout sac musculaire lisse se contracte et forme un globe dur mais non douloureux. A l'occasion du palper, il arrive que l'on ressent cette contraction; à ce moment d'ailleurs, le palper perd ses droits.

Ces contractions intermittentes et courtes de la gestation sont dues à des excitations mécaniques, psychiques, et sans doute aussi chimiques (évacuation vers la mère de produits dont le fœtus n'a plus besoin).

Il y a donc, *normalement*, des contractions pendant la gestation.

Sous l'influence de ces contractions, l'utérus se redresse, s'allonge et se rétrécit. Ce sont ces contractions qui pendant le travail, se répétant à intervalles réguliers, deviennent de plus en plus fortes, et plus ou moins douloureuses.

Evoluant de bas en haut, elles tirent sur le col, pour l'effacer, puis le dilater. Le col est alors incorporé au segment inférieur, celui-ci étant distendu à la fin de la gestation par le pôle inférieur de l'œuf. Le tout forme alors le canal cervico-segmentaire de Demelin, très mince puisque celui-ci aura alors une épaisseur de 3 à 5 mm. seulement, alors que le corps en a 5 à 7 dans sa partie supérieure, et 8 à 10 dans sa partie moyenne.

C'est le segment inférieur qui supportera le maximum d'effort pendant le travail. Si du fait de la diminution de la valeur fonctionnelle de ses fibres, pour une des causes que nous verrons plus loin, il ne peut supporter la force développée par les contractions utérines, il se surdistendra, s'amincissant progressivement pendant que le corps utérin le tiraillera de bas en haut et finalement, il se rompra. C'est l'explication que Bandl fournit sous le titre d' « élancement puis éclatement du segment inférieur ». Ajoutons à ce mécanisme celui décrit par Mme Lachapelle qui pensait que le segment inférieur, tirailé et élimé, com-

primé entre le bassin et la présentation, subissait une sorte d' « usure perforante » si bien que fissuré, il finissait par se rompre. Mécanisme qui doit être tenu pour rare.

Aussi, autrefois, rupture utérine pendant le travail signifiait presque toujours éclatement du segment inférieur.

Mais le segment inférieur n'est pas la seule région sur laquelle peut se faire la rupture. Le corps, mises à part les plaies perforantes au cours de la gestation, soit accidentelles, soit criminelles, (tentatives d'avortement), soit opératoires, au cours d'une intervention, peut être le siège de déchirures. Nous verrons plus loin en examinant les causes prédisposantes que la désunion des cicatrices de césariennes corporéales antérieures en est une des principales causes. Cette rupture peut même se produire, insidieusement, du simple fait des contractions utérines normales, pendant la grossesse. Ces ruptures seraient peu fréquentes puisque Mme Cao-Si-Tan, dans sa thèse de 1926, sur les Ruptures Spontanées de l'utérus gravide, n'en signale que 60 cas.

3° Ajoutons, comme cause secondaire déterminante, les contractions abdominales dues à un effort : effort de toux, de vomissement, contractions déterminées par l'action de s'asseoir, etc...

Les ruptures utérines, soit celles du travail, soit les ruptures insidieuses de la grossesse reconnaissent donc comme cause efficiente principale la *contraction utérine*.

Causes prédisposantes.

Signalons d'abord comme causes prédisposantes des ruptures toutes les causes de dystocie, venant tant de la mère que du fœtus.

Causes d'origine maternelle.

a) Il peut s'agir d'un obstacle *prævia* contre lequel le fœtus luttera sans succès. Cette situation sera réalisée dans les bassins viciés (*Obs.* 3, 7, 8, 10 et 12) : bassins rachitiques, bassins mineurs, de Naegelé. Les rétrécissements des détroits moyen et inférieur (bassins cyphotiques; *Obs.* 10) seront une cause plus rare. L'antéversion utérine, chez les bossues et les boîteuses, l'inclinaison ou la torsion exagérée de l'utérus, seront également un empêchement à la progression du fœtus.

b) Il pourra s'agir également d'une tumeur *prævia* : fibrome, kyste de l'ovaire, utérus doubles.

c) La dilatation du col pourra être rendue difficile lorsque des lésions scléreuses, syphilitiques, ou après déchirures, après cautérisations mal faites au *Filhos*, lorsque un épithélioma auront provoqué une rigidité plus ou moins invincible.

Causes d'origine fœtale.

a) On pourra se trouver en présence d'une présentation vicieuse, surtout la présentation de l'épaule (*Obs.* 2 et 9) qui est de beaucoup la cause la plus fréquente, ou la présentation du front (*Obs.* 14), du siège (*Obs.* 6, 8 et 16).

b) Il pourra s'agir d'un excès de volume total ou partiel du fœtus (hydrocéphalie, tumeur abdominale ou sacro-coccygienne) ou encore d'une gémellaire avec hydramnios (*Obs.* 13).

Quelles sont les femmes qui seront les plus exposées aux ruptures utérines ? Ce sont surtout les *multipares*. A ce propos, rappelons l'opinion de Doléris :

« Ce qui est certain, c'est que les femmes qui ont effectué quatre grossesses en 5 ou 6 ans, et il en existe, se trouvent au bout de ce temps dans des conditions déplorables, tant au point de vue de l'état général qu'au point de vue des organes sexuels. Pour employer l'expression la plus propre, il y a surmenage. Il est aisé de voir que certains des troubles consécutifs aux grossesses trop rapprochées concourent plus directement à la « *déchéance du système génital* ».

Dupouy, dans sa thèse inaugurale de 1896, montre le mécanisme de son action. Après avoir fait ressortir le développement important du système vasculaire génital chez la femme, il expose que parmi de nombreuses causes qui y gênent la circulation, la grossesse joue un rôle prépondérant. Elle entraîne une ectasie momentanée des veines qui par les grossesses rapprochées se transforment en varices pelviennes et varicocèle féminin.

En même temps, les artères se sclérosent.

Sous l'influence de la stase sanguine et de l'hyperémie qui en résulte, les organes génitaux sont le siège de *troubles de nutrition* qui déterminent dans le tissu

utérin un processus d'inflammation de métrite chronique de nature non infectieuse, qui se manifeste suivant deux phases : d'abord infiltration séreuse et embryonnaire, puis sclérose circum vasculaire qui se généralise à tout l'organe. D'où friabilité de l'utérus qui entraîne une tendance remarquable à la rupture.

Ajoutons l'action de certaines autres causes telles qu'une éventration marquée, une constipation chronique, en raison des rapports qui existent entre l'S iliaque et le tronc utéro-ovarien, une tumeur, ou une déviation utérine, qui viendront gêner la circulation et ajouter leur action néfaste à celle de la multiparité, finalement diminuer la résistance de la fibre utérine.

Signalons que toutes nos ruptures utérines observées dans ce travail se produisirent chez des femmes ayant subi plusieurs grossesses; en particulier, dans les observations 9 : huitième grossesse; 13 : neuvième grossesse; 14 : quatrième grossesse; 15 : sixième grossesse; 16 : neuvième grossesse; 17 : sixième grossesse.

Action de l'infection. — Les femmes ayant un passé gynécologique seront également plus exposées que les autres aux ruptures utérines. En effet, ces femmes ayant présenté soit une métrite aiguë (post partum ou post abortum) devenue chronique, soit des lésions inflammatoires annexielles, avec cellulite pelvienne, ou périmétrite, se trouvent atteintes de troubles circulatoires pelviens par sclérose périvasculaire qui gagnent l'utérus et rend celui-ci friable.

Si la femme a subi un curettage gynécologique, dans lequel on a recherché le « cri utérin », curettage

dit appuyé, soit pour endométrite, soit lors d'un avortement, où l'on a peur de laisser des débris, ou après un accouchement, où le tissu utérin est mou et friable, on a pu enlever à cette occasion des copeaux de caduque et de musculuse. D'où cicatrices fibreuses moins souples que le reste du tissu utérin, qui pourront céder sous l'influence d'un effort considérable du muscle. Si le placenta, lors d'une grossesse ultérieure, s'y trouve inséré, il diminuera encore son épaisseur et sa résistance. M. le Professeur Couvelaire a constaté une fois sur un segment inférieur qui s'était rompu des sillons creusés lors d'un curettage antérieur. (La malade de notre observation 13 avait subi un curettage environ un an avant sa sixième grossesse.)

Il en est de même en cas de délivrance artificielle pour adhérences anormales du placenta. Enfin, les femmes ayant des altérations pathologiques de la texture de l'utérus, soit fibreuses, soit tuberculeuses, à la suite d'une môle hydatiforme, présentent également un utérus fragile.

Certains auteurs ont incriminé la myomectomie. Notre maître M. Devraigne le nie. Il cite deux cas où il fit, la première fois, à quatre mois de grossesse, l'ablation d'un énorme fibrome sessile du volume d'une tête de nouveau-né, et la grossesse alla à terme sans incident; une seconde fois, il enleva un fibrome du fond plus gros que l'utérus, alors de 4 mois. Aucun incident fâcheux ne se produisit.

C'est encore le cas de Didier et Hidden qui, après avoir enlevé 9 fibromes, virent la grossesse aller à terme.

Une cause importante des ruptures utérines est la *désunion d'une cicatrice de césarienne corporéale an-*

térieure. C'est la cause principale des ruptures insidieuses de la grossesse. (Vanheckoet.) (Nos observations 1, 5, 7, 12.)

D'après M. le Professeur Couvelaire, il faut s'attendre à 4 % des ruptures après césarienne corporéale suivie d'une gestation ultérieure.

On peut concevoir qu'une cicatrice faite sur une zone puissamment contractile, qu'il y ait une restitution musculaire *ad integrum*, selon l'opinion du Professeur Audebert, ou seulement une cicatrice purement conjonctive (Couvelaire), offre une moindre résistance et cède sous l'influence de contractions utérines puissantes.

Il est certain que si cette cause se complique de malformation de la cicatrice, ou d'adhérences, ou encore d'amincissement par suite de l'insertion placentaire avec insinuation des villosités ou du syncytium dans le tissu cicatriciel, ou d'une autre cause prédisposante précédemment étudiée, la rupture s'en trouvera grandement facilitée.

Causes médicamenteuses. — Si par imprudence, lors d'un travail qui n'avance pas, pour l'une des causes de dystocie vues précédemment, l'utérus étant en contracture, l'accoucheur n'ayant pas de diagnostic précis et voulant activer ce travail, fait une injection de lobe postérieur d'hypophyse, il provoque à coup sûr la catastrophe. Jadis, l'emploi de l'ergot de seigle a aussi causé de nombreux désastres. Aussi, le Pr. Pinard avait demandé que l'on ne prononçât pas le nom

d'ergot de seigle ou d'ergotine devant les élèves sages-femmes.

Dans la « Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique » de février 1938, le D^r J. Ravina met en garde les praticiens contre l'abus des ocytociques, surtout lorsqu'il y a contracture. (A ce propos, il faut remarquer qu'il est souvent difficile, au point de vue clinique, de différencier une inertie utérine vraie d'un début de contracture). Il cite une statistique de M. Le Lorier qui, de 1913 à 1921, a réuni 53 cas de ruptures utérines après injection d'hypophyse.

Beaucoup d'accoucheurs se sont élevés contre l'emploi du lobe postérieur d'hypophyse, en particulier M. le Professeur Couvelaire, qui s'abstient d'utiliser ce produit.

M. Ravina ne bannit pas systématiquement l'hypophyse, mais étant donné « qu'il est impossible de prévoir comment un utérus se comportera après l'injection d'extrait hypophysaire », il conseille de manier *prudemment* cette ocytocique. Actuellement, l'hypophyse est mieux dosée qu'autrefois; on sait le nombre d'unités internationales que l'on injecte. On ne doit jamais donner une dose, surtout pour la première injection, de plus de 2 unités internationales à 2 unités et demie. Si cette dose est insuffisante, on la répétera au bout d'un certain temps. Mais, surtout, on ne devra jamais injecter en une fois le contenu d'une ampoule qui peut renfermer jusqu'à 10 unités.

Dans le même article, M. Ravina fait remarquer l'importance, au point de vue médico-légal, de l'existence de deux bosses séro-sanguines. En effet, quoique rarement, on peut observer lors d'une rupture

une modification spontanée de la présentation. Si l'on examine la femme à ce moment, on peut penser à une erreur de diagnostic ayant favorisé la rupture.

La constatation de deux bosses séro-sanguines rétablira la vérité sur la première présentation, et dégagera ainsi la responsabilité des personnes qui avaient surveillé les premières phases de l'accouchement.

A côté de ces causes spontanées ou médicamenteuses, il faut signaler les *causes traumatiques*, lors d'interventions pour terminer un accouchement dystocique. Au moment de l'intervention, le segment inférieur, surdistendu est prêt à se rompre à la moindre occasion : la simple introduction de la main rétropulsant un membre procident, la mise en place d'un basiotribe, suffiront à produire la rupture (*Obs.* 6, 7, 9, 11).

L'application d'un forceps avec un col incomplètement dilaté, ou l'extraction rapide d'un fœtus après dilatation unimanuelle du col sous rachianesthésie, surtout pour placenta praevia ou le segment inférieur est à la fois distendu et aminci, peuvent amener le même déplorable résultat.

Mais la cause traumatique la plus fréquente, c'est la version par manœuvres internes (*Obs.* 2, 9, 10, 14, 15). Déjà faite au moment de choix (dilatation complète; membranes intactes, et présentation non engagée) elle peut réserver de désagréables surprises en ce qui concerne le fœtus.

La version est un coup de dés! disait Varnier.

Si l'on intervient mal à propos, avec un utérus vide d'eau, un segment inférieur rétracté, on va directement vers la rupture.

« Méfiez-vous des versions trop faciles », disait Tarnier avec juste raison .

On extrait l'enfant facilement mais au prix d'un éclatement du segment inférieur.

TRAITEMENT

Nous avons vu la gravité que comporte la rupture utérine, et l'importance de la rapidité de l'intervention.

Deux cas doivent être envisagés :

En présence d'une *rupture imminente*, il faut, avant tout soin, tenter de faire cesser la contracture utérine par des injections répétées de morphine, puis au moment où on le juge bon, anesthésier complètement le malade. Ceci fait, on termine au plus vite l'accouchement en pratiquant l'intervention qui semblera la meilleure, même la césarienne basse si l'enfant est encore vivant. Mais il ne faudra *jamais envisager la version*.

La rupture est *confirmée*. Deux cas se présentent :

a) L'accouchement n'est pas terminé. Il faut avant tout extraire le fœtus, soit par en bas si la présentation est franchement engagée, soit dans tout autre cas par laparatomie. Ceci fait, on traitera la déchirure, si on a affaire à une déchirure incomplète sous-péritonéale, sans gros hématome. On le fera rarement cependant; car étant donné que le plus souvent on a affaire à un utérus déjà lésé, que l'état des lèvres de la plaie est contus, que la plaie est irrégulière, la suture est à rejeter, car l'intervention est longue et échoue presque fatalement.

D'autre part et surtout, cette cicatrice sera une amorce d'une nouvelle rupture utérine lors d'un accouchement ultérieur, car, comme l'a dit Tarnier :

« Lorsqu'une femme, en essayant de reproduire l'espèce, a rompu son utérus, elle est bonne à mettre en réforme pour blessure grave contractée dans le service. Ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne. »

Il faudra donc ouvrir l'abdomen, et pratiquer l'hystérectomie.

b) L'accouchement est terminé. Les deux grandes indications à l'intervention seront l'hémorragie et l'infection qui commanderont encore l'hystérectomie.

Dans tous les cas, le traitement général aura la plus grande importance :

1° Il faudra immobiliser la femme la tête basse, le corps incliné, au moyen de briques placées sous les pieds du lit, de manière à réaliser de façon la moins imparfaite la position de Trendelenburg, pour lutter contre l'hémorragie.

2° On réchauffera la femme au moyen de linges chauds renouvelés constamment.

3° On relèvera le tonus vasculaire par : du sérum artificiel, du sérum de Normet, la transfusion sanguine, des injections d'éther.

4° On remontera le tonus nerveux par de l'huile camphrée, des injections d'adrénaline, de l'alcool en petite quantité sous formes de boissons chaudes (thé au rhum, grogs, etc...).

On combattra l'ischémie des centres par la position inclinée (la tête en bas) pour irriguer le bulbe.

Pendant l'intervention, la compression de l'aorte au travers de la paroi abdominale arrêtera l'hémorragie pendant le temps nécessaire à la préparation de l'intervention.

Mais malgré ce traitement, le déchet est encore très important puisque nous avons constaté 8 décès sur 17 ruptures traitées à Lariboisière. Nous arrivons donc au taux énorme de près de 50 %.

D'autre part, nous avons constaté 13 mort-nés.

Tout ce qui précède nous montre l'importance de la *prophylaxie*.

Il ne faudra jamais faire de curetage appuyé dans des utérus puerpéraux ou après une fausse couche; ne pas faire de délivrance artificielle brutale pour adhérences anormales du placenta, ou réputées telles.

Il faudra faire de moins en moins de césariennes corporéales, puisque les sutures les mieux faites ne mettent pas à l'abri de ruptures, même du fait d'une simple contraction utérine en dehors du travail. Il faudra leur préférer la césarienne basse ou segmentaire (sur une région moins contractile) introduite en France par Schikelé et vulgarisée à sa suite par les professeurs Couvelaire, Brindeau et Jeannin. Une telle intervention diminue les chances de ruptures insidieuses, en dehors du travail.

D'autre part, il conviendra de surveiller les femmes de très près, et très tôt, non pas à partir du cinquième et sixième mois, mais « dès qu'il y a soupçon de gestation », comme l'a fait admettre notre Maître M. De-

vraigne à la Section prénatale du Comité national de l'enfance, en 1923.

C'est là qu'apparaît le rôle important des *consultations prénatales*. Existant à Paris depuis 1882, date de la création des accoucheurs des Hôpitaux, et surtout depuis 1895, date de la communication de M. le Professeur Pinard à l'Académie sur la « puériculture intra-utérine », elles nous permettent de dépister un nombre considérable d'affections ou de dystocies préjudiciables à une bonne marche de la grossesse et à son dénouement heureux.

Pour rester bref, citons seulement à son actif les résultats heureux obtenus dans la lutte contre la syphilis. Dans bon nombre de Maternités, plusieurs dispensaires antisypilitiques ont été créés sur l'exemple donné par le Professeur Couvelaire à la Clinique Baudelocque en 1919. M. Devraigne créa un tel service à Lariboisière en 1923.

En ce qui concerne la tuberculose, citons encore le Professeur Couvelaire qui organisa, le premier, à la Clinique Baudelocque un service pour mères tuberculeuses et leurs enfants, où ils reçoivent des soins spéciaux, en supprimant les risques de contagion pour les nouveau-nés et les autres mères. (Voir thèse de M. Lacomme.)

Pour prévenir les ruptures utérines :

1° On exigera le port d'une ceinture de grossesse chez toutes les multipares qui négligent trop souvent cette précaution.

On avertira les femmes chez qui on trouve une ou plusieurs causes de rupture utérine du danger

qu'elles peuvent courir, pour qu'elles viennent demander du secours à la moindre alerte.

On corrigera les présentations vicieuses du fœtus, ou faute de mieux, on les reconnaîtra et on sera prévenu des dystocies contre lesquelles on aura à lutter. Aucun doute à cet égard : grâce aux consultations prénatales plus nombreuses et bien faites, on voit maintenant moins d'épaules négligées, causes fréquentes de ruptures utérines.

Il faut en outre s'attacher à développer parmi les gestantes l'idée de la nécessité, pour elles et pour leurs futurs enfants, de la consultation prénatale. Citons à ce sujet une statistique publiée par les D^{rs} J. Scemla et E. Bernard, de l'Hôpital Sadiki, de Tunis, en 1936. Ils publient 25 observations de ruptures utérines pour 1.295 accouchements, proportion considérable, et font remarquer que 78 % des femmes musulmanes qu'ils ont été appelés à voir ne subissent aucun examen pendant leur gestation. En regard, opposons une statistique publiée par M. Devraigne en 1936. A Lariboisière, il a noté seulement 21 % des femmes non suivies, chiffre encore assez élevé, mais qui tend à diminuer du fait de la compréhension des futures mères.

Une statistique faite par nous-même pour 1938 nous a donné le chiffre de 10 %. Notons, d'ailleurs, que dans ce chiffre entre un nombre important d'étrangères.

Il faut se réjouir de ce que la plupart des gestantes comprennent de mieux en mieux l'utilité de la consultation prénatale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (*inédite*).

Mme C... entre à la Maternité de Lariboisière le 6 avril 1929. Secondigeste.

a) Antécédents : césarienne haute en 1925 sans épreuve du travail. Enfant vivant bien portant.

b) Actuellement : césarienne suivie d'hystérectomie pour rupture utérine avant tout début de travail.

Rupture utérine au niveau de la cicatrice. Placenta inséré sur la paroi antérieure de l'utérus, et partiellement décollé au moment de l'opération.

Extraction de l'œuf à la Fournier. Enfant masculin mort-né, de 4.300 gr.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Tentative infructueuse de transfusion sanguine (60 gr.).

Sérum intra-veineux : 750 gr.

Huile camphrée : 40 cm³.

1 ampoule de spartéine.

1 ampoule de strychnine

2 ampoules de pyoformine.

Guérison.

Gestation non suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 2 (*inédite*).

Mme M., entre le 18 janvier 1930. Secondigeste.

a) Antécédents : 1 accouchement normal. Enfant vivant bien portant.

b) Tentative d'abaissement d'un pied pour présentation de l'épaule gauche. Dilatation petite paume. Membranes rompues depuis le 31 décembre. Procidence du cordon. Uterus rétracté. Anneau de Bandl très difficile à franchir.

Rupture utérine complète s'étendant de la face antérieure au côté droit.

Hystérectomie et embryotomie céphalique.

Température : 37° 6. Pouls : 120.

Fille mort-née de 2.050 gr. Placenta : 320 gr.

Shock. Décès de la femme malgré le traitement d'usage. Gestation suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 3 (*inédite*).

Mme R., 30 ans, entre le 29 janvier 1930. Secondigeste.

a) Antécédents : 1 accouchement à terme. Enfant vivant bien portant.

b) Hystérectomie subtotale pour rupture utérine survenue à la fin du travail.

Diamètre promonto-sous-pubien : 11 cm.

Garçon mort-né pesant 3.450 gr.

Décès de la femme 3 heures après l'intervention malgré les soins.

Gestation non suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 4 (*inédite*).

Mme J..., 33 ans, entre le 14 mars 1931. III geste. .

a) Antécédents : 1 accouchement normal il y a 11 ans, 1 fausse-couche de 2 mois et demi.

b) Bassin normal : Accouchement artificiel, procédé Delmas, pour présentation de la tête mobile avec procidence du cordon et d'une main; rupture spontanée et prématurée des membranes avec col perméable au doigt. Liquide teinté, battements espacés du cordon.

Rachianesthésie. Dilatation faite jusqu'à grande paume. Petite incision sur la lèvre antérieure du col (15 mm.). Placenta inséré en partie sur le segment inférieur en avant et à droite. Version difficile ramenant le pied gauche puis le pied droit. Extraction immédiate. Relèvement des bras, abaissement rendu possible par une épisiotomie droite. Mauriceau facile.

Garçon né étonné ranimé après un quart d'heure de soins.

La femme continuant à saigner abondamment, malgré les soins appropriés, on fait une transfusion de 200 gr. Compression de l'aorte. L'hémorragie continuant, une main dans l'utérus révèle une rupture du segment inférieur (bord gauche).

Hystérectomie. Tamponnement. Mickulicz.

Guérison.

Gestation suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 5

(*Observation publiée par M. Devraigne*)

Mme D..., 20 ans, entre le 5 novembre 1931. Secondigeste.

a) Antécédents : césarienne haute le 26 février 1930 pour bassin généralement rétréci.

b) Enceinte de 8 mois, elle entre d'urgence à la maternité, parce que chez elle, à 15 heures, elle a ressenti brusquement une douleur brutale dans l'abdomen, sans localisation précise. L'abdomen entier est douloureux. A 16 h., elle se fait transporter à Lariboisière en taxi et a un vomissement pendant le trajet. A son arrivée dans le service, la douleur est très atténuée. Pas de nouveau vomissement, pas de nausées. Donc, accalmie manifeste. Bon état général.

A l'examen physique. — L'abdomen se laisse facilement déprimer. Le fond de l'utérus est perçu sans difficulté à 28 centimètres au-dessus de la symphyse; la consistance est normale et l'on perçoit très facilement les pôles du fœtus; tête dans la fosse iliaque gauche, dos dans l'hypochondre droit; à l'auscultation, les battements du cœur du fœtus sont perçus. Il n'y a aucun signe de travail; absence de contractions utérines (col long et fermé). La sage-femme de garde, rassurée par ce tableau clinique, fait coucher au dortoir Mme D...; celle-ci fait, vers 18 heures une petite syncope; les douleurs abdominales reprennent diffuses mais cependant plus marquées au niveau de l'épigastre, sans avoir l'intensité de la douleur initiale.

Dans les deux heures qui suivent, la malade a ressenti un affaiblissement progressif.

A 20 heures, elle se plaint de céphalée et de troubles visuels.

L'examen des urines, pratiqué à l'arrivée révèle la présence d'albumine, si bien qu'on a pu penser à une menace d'éclampsie.

Examinée à 20 heures, la malade présente les symptômes suivants :

Les signes généraux dominent le tableau. Pâleur extrême. Au moindre effort, fatigue excessive et tendances à la syncope. Téguments et muqueuses décolorés. Faciès grippé, péritonéal. Pouls petit, rapide : 110. Tension artérielle au Pachon : 9,5 X 5,5. La femme se plaint de céphalée et de scintillements devant les yeux. Douleur diffuse abdominale spontanée, mais pas très intense, présentant un maximum

épigastrique et des irradiations vertébrales. Ni vomissements,, ni nausées.

Palpation douloureuse. Contracture pariétale et non utérine. Sensation de ballottement céphalique superficiel dans l'hypochondre gauche. Aucune hémorragie externe.

Après avoir éliminé le diagnostic d'hématome rétro-placentaire, on pose le diagnostic de rupture utérine.

Laparatomie. Rupture à l'endroit de la cicatrice.

Hystérectomie subtotale. Mickulicz.

Guérison.

Gestation non suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 6 (*inédite*).

Mme R..., 34 ans, entrée le 9 janvier 1932. III geste.

a) Antécédents : 2 accouchements normaux. Enfants vivants.

b) Bassin normal. Siège complet. Procidence du cordon et d'une main. Après l'extraction du siège, difficultés irréductibles pour l'extraction de la tête dernière, arrêtée par le détroit supérieur.

Basiofrapsie.

Révision utérine : la main sent des anses intestinales, par conséquent, rupture utérine.

Extraction du délivre. Hystérectomie subtotale. Mickulicz.

Guérison.

Gestation non suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 7 (*inédite*).

Mme L..., 25 ans, entrée le 6 février 1933. Secondigeste.

a) Antécédents : 1 accouchement césarienne haute en 1930.

b) Forceps Tarnier sur OP pour bassin généralement rétréci ou aplati : promonto-sous-pubien : 8 cm.

Extraction d'une fille mort-née pesant 3.500 gr. (gros foie, grosse rate).

Shock après l'accouchement. Signes de rupture utérine confirmée par l'introduction de la main dans l'utérus.

Hystérectomie sous anesthésie : large déchirure occupant toute la face antérieure du corps utérin. Placenta dans la région splénique.

Décès de la femme au cours de l'intervention.

Gestation non suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 8 (*inédite*).

Mme G..., 34 ans, entrée le 9 juillet 1934. Secondigeste.

a) Antécédents : 1 accouchement normal. Enfant vivant de 3.150 gr.

b) Femme amenée de ville, ayant perdu les eaux le 7 juillet au soir et ayant subi 2 tentatives de forceps le 9 juillet à 19 heures.

Bassin rétréci (promontoire accessible à 8 cm. et demi). Bruits du cœur modifiés (très rapides).

Utérus en contraction permanente. Légère hémorragie. On

met la femme sur la table d'intervention : bruits du cœur modifiés (très rapides).

Utérus en contraction permanente. Légère hémorragie. On met la femme sur la table d'intervention : bruits du cœur disparus.

Essai de basiotripsie : la tête remonte et fait saillie sous l'ombilic. Le toucher confirme le diagnostic : rupture utérine.

Laparatomie : inondation péritonéale. Fœtus libre dans le ventre.

Extraction du placenta.

Hystérectomie totale : rupture de toute la face antérieure du segment inférieur. Gros hématome du ligament large gauche. Mickulicz.

Gestation suivie en ville.

OBSERVATION N° 9 (*inédite*).

Mme V..., 23 ans, entrée le 27 janvier 1935. VIII pare.

a) Antécédents : 6 accouchements normaux, 6 enfants bien portants. 7° accouchement : épaule, enfant bien portant.

b) Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule et insertion basse du placenta (latéralement). Version facile. Extraction immédiate d'une fille née en état de mort apparente (forme blanche) ranimée après 20 minutes de soins. Poids de l'enfant : 2.120 gr. Délivrance naturelle et complète : 420 gr.

3 heures plus tard : shock. Traitement.

Vérification : rupture utérine (col et segment inférieur).

Une demi-heure plus tard : décès de la femme.

Gestation non suivie à Lariboisière.

OBSERVATION 10 (*inédite*).

Mme C..., 32 ans, entrée le 10 mars 1936. III pare.

a) Antécédents : 2 enfants (3 et 9 ans) bien portants.

Cyphose très prononcée après fracture de colonne vertébrale à 3 ans. Arrêt du développement.

b) Promontoire atteint au bout du doigt. Ligne inominée du côté gauche aplatie.

Le 11 avril 1936 : dilatation complète, modification des bruits du cœur à 2 h. 45.

Tentative de forceps : échec. Version par manœuvres internes : extraction d'une fille mort-née de 3.000 gr.

3 h. 40 : tentative de délivrance artificielle pour non décollement du placenta. On constate une rupture du segment inférieur (face postérieure).

4 h. 15 : Hystérectomie. Mickulicz.

Gestation non suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 11 (*inédite*).

Mme S..., 28 ans, entrée le 12 mai 1936, à 3 h.

a) Antécédents : aucun renseignement.

b) Malade venue de ville après tentative infructueuse de forceps au détroit supérieur, puis de version (résection du cordon procident). A l'arrivée procidence d'un bras. Ablation du bras.

3 h. 30 : Basiotripsie : Extraction d'un enfant du sexe féminin pesant 3.350 gr. Délivrance artificielle : 400 gr.

Révision utérine décelant une rupture du segment inférieur en arrière et à gauche.

Hystérectomie.

Femme décédée le 12 mai 1936 à 9 h. 15.

Gestation non suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 12 (*inédite*).

Mme H..., 26 ans, entrée le 21 septembre 1936. Secondigeste.

a) Antécédents : 1 césarienne corporéale.

b) Bassin légèrement touché. Elle entre à 16 h.

En travail depuis 15 h. Application de forceps Tarnier sur sommet OIGT pour modification des bruits du cœur et expulsion de méconium. Extraction d'une fille née étonnée (ranimée au bout de 20 minutes de soins) pesant 3.350 gr.

L'état général semble bon. Cependant, l'introduction de la main dans l'utérus, pour faire une délivrance artificielle, fait constater une rupture du fond de l'utérus.

Hystérectomie. Décès de la femme pendant l'intervention.

Gestation suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 13 (*inédite*).

Mme A..., 28 ans, entrée le 26 octobre 1936. IX geste.

a) Antécédents : aucun renseignement.

b) Bassin normal. Grossesse gémellaire.

1° Siège : fille vivante de 1.870 gr.

2° Palper et auscultation impossibles à cause des contractions subintrantes. Le toucher révèle une présentation

de l'épaule. Essai de version : la présentation remonte spontanément, et on s'aperçoit que l'on est en présence d'une rupture utérine.

Laparatomie. Hystérectomie subtotale.

Décès de la femme.

Gestation non suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 14 (*inédite*).

Mme B..., 39 ans, entrée le 7 janvier 1937, à 13 h. 30.
IV pare.

a) Antécédents : 3 accouchements normaux à terme.
3 enfants bien portants.

b) Bassin normal : Grossesse normale. Présentation du front. Début du travail le 6 janvier 1937 à 20 h.

A 17 h. (le 7 janvier 1937) rupture des membranes. Liquide extrêmement teinté. Bruits du cœur modifiés. Dilatation complète. Forceps : échec.

Version par manœuvres internes : grande extraction du siège : garçon de 3.700 gr. ayant pu être ranimé trois-quarts d'heure après; délivrance naturelle et complète de 500 gr.

Exploration de la cavité utérine : rupture du segment inférieur dans sa partie antérieure droite.

Bon état général. Hystérectomie. Mickulicz.

Guérison.

Gestation suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 15 (*inédite*)

Mme D..., 39 ans, entrée le 30 mars 1937. VI geste.

a) Antécédents : aucun renseignement.

b) 1° Tentative de forceps Tarnier sur un sommet au détroit supérieur pour modification des bruits du cœur. Incision médiane du col sur les lèvres antérieure et postérieure.

2° Version podalique. Extraction difficile et longue d'un garçon mort-né pesant 4.100 gr. Délivrance artificielle complète pesant 740 gr.

Révision utérine : déchirure latérale droite sous-péritonéale du segment inférieur.

Hystérectomie.

Guérison.

Gestation suivie en ville.

OBSERVATION N° 16 (*inédite*)

Mme E..., 34 ans, entrée le 23 mai 1937. IX geste.

a) Antécédents : 8 accouchements normaux. Délivrance artificielle au dernier. 5 enfants bien portants. 3 enfants décédés de diarrhée verte.

b) Siège complet. Rétraction du col sur la tête dernière. Incision de la lèvre antérieure du col. Extraction facile d'un enfant mort pesant 1.660 gr. Hémorragie. Pouls à 104. Délivrance artificielle. Hystérectomie subtotale sur constatation d'une rupture du segment inférieur à droite.

Guérison.

Gestation suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 17 (*inédite*).

Mme P..., 32 ans, entrée le 15 janvier 1939, à 12 h. 45.

a) Antécédents :

1° Un forceps en 1927. Enfant décédé à 15 jours.

2° et 3° 2 accouchements normaux.

3° et 4° 2 fausses couches : la dernière en 1938, de 2 mois et demi. Curetage à domicile. Suites très longues : salpingite, etc...

5° Grossesse actuelle : normale. Dernières règles : 25 avril 1938.

b) Admise à Lariboisière, envoyée par la Maternité du Raincy. La femme dit être en travail depuis 3 h. 20 du matin et avoir une douleur d'une violence extrême vers 8 heures. Elle a fait également une légère hémorragie externe. Rapidement s'est constitué un syndrome d'hémorragie interne.

Il ne semble pas y avoir eu une injection d'hypophyse.

Examen d'entrée :

Pouls : 140.

Tension artérielle : 8×4 .

Femme pâle couverte de sueur.

Palper : On perçoit le fœtus en position transverse très élevé et paraissant assez superficiel.

Matité sur les flancs.

Toucher : Col largement déhiscent.

Au travers du col, on sent une masse au bout du doigt utérus? ou pôle fœtal?

Promontoire accessible à 10 cm. 4.

Intervention immédiate : laparatomie sus et sous-ombilicale.

Sang en grande quantité dans l'abdomen.

Fœtus libre et mort.

Placenta expulsé de l'utérus et déjà recouvert par de l'épiploon.

Rupture utérine siégeant sur le fond et sur la face postérieure, de 12 à 15 cm., atteignant presque le niveau de l'orifice interne.

Hystérectomie avec section préalable des pédicules. Il existe deux adhérences :

1° Une de l'anse sigmoïde et des franges graisseuses au niveau de l'extrémité inférieure de la rupture.

2° Une adhérence de l'appendice au pédicule utéro-ovarien droit. Mickulicz.

2 transfusions : une de 500 cm³, un de 300 cm³.

15 h. 30 : tension artérielle $6\frac{1}{2} \times 3$ au Vaquez. Pouls : 160.

16 h. : Hémorragie externe. Mick ulicz imbibé de sang. Matité dans les flancs. Pouls : 160-170. Anthéma - Pressyl - Solucamphre. Nouvelle transfusion.

18 h. 20 : Hémorragie importante de sang rouge, avec pouls incomptable et aggravation du shock malgré la transfusion. On pense à une hémorragie du pédicule utérin.

18 h. 40 : Réincision. En réalité, les pédicules sont intacts. Léger suintement sur la section du col et au niveau du ligament utéro-sacré. Ligatures. Fermetures.

Guérison.

Gestation non suivie à Lariboisière.

CONCLUSION

La rupture utérine, plus rare qu'autrefois, n'en reste pas moins un accident redoutable, puisque nous avons constaté sur 17 cas, en 10 ans, à Lariboisière, près de 50 % de décès.

Il convient d'en bien connaître les symptômes pour la reconnaître et agir promptement. Surtout, il faudra y penser dans les cas de ruptures insidieuses, où les symptômes sont souvent réduits au minimum.

La laparatomie avec hystérectomie est le traitement de choix. Il faut intervenir rapidement.

Au point de vue prophylactique, il est important d'employer avec prudence les ocytociques.

Mais il faut surtout s'attacher à dépister les causes possibles de rupture, lors de *l'examen précoce* des femmes enceintes, pour parer dans la mesure du possible à cette terrible complication. D'où l'utilité indiscutable des consultations prénatales. Elles ont pour but :

1° d'écarter ce qui pourrait entraîner l'expulsion prématurée du fœtus;

2° de surveiller les différents appareils et la régu-

larité de leur fonctionnement, en particulier les fonctions et appareils d'assimilation;

3^o de préparer à l'enfant une sortie facile, et sans danger; à la mère, un accouchement et des suites de couches physiologiques.

Vu: *Le Président de Thèse*,
COUVELAIRE.

Vu: *Le Doyen*,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BRESSON. — De l'utilité des consultations prénatale. *Thèse de Nancy*, 1922-1923.
- CAO-SI-TAN (Mme). — Ruptures spontanées de l'utérus gravide en dehors du travail. *Thèse de Paris*, 1926.
- CONWAY. — Rupture spontanée de l'utérus due à une môle hydatiforme. *Journal de Chirurgie*, t. 52, n° 6, déc. 1938, p. 883.
- DEVRAIGNE. — Cliniques obstétricales.
- Vingt ans de puériculture et d'hygiène sociale. Souvenirs, conférences, films, mémoires.
 - Ruptures insidieuses de l'utérus gravide. *Presse Médicale*, n° 86, 27-10-34.
 - Congrès International de Paris d'assistance maternelle et infantile (1922). Rapport de M. Devraigne : Les Consultations des femmes enceintes.
- DOLERIS. — *Annales de gynécologie*, 1884, p. 212.
- DUBRIZAY-JEANNIN. — *Précis d'accouchements*.
- LACOMME. — Une maternité pour tuberculeuses annexée à la clinique Baudelocque. Organisation, fonctionnement, résultats de 1921 à 1925. *Thèse de Paris*, 1926.
- RAVINA (J.). — Sur quelques points particuliers de ruptures utérines au cours du travail. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, février 1938.

RIBEMONT-DESSAIGNE-LEPAGE. — *Précis d'obstétrique*, p. 1010.

ROHMER. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1921, p. 374.

SCEMLA (J.) et BERNARD (E.). — Considérations au sujet d'une statistique de 25 cas de ruptures utérines traitées à l'Hôpital Sadiki. *Pratique Médicale Française*, n° 1, 1936.

TARNIER et BUDIN. — L'art des accouchements.

VANKECKOET. — Formes insidieuses de ruptures spontanées et complètes. *Thèse de Lille*, 1923.

